ITEM 86 : TROUBLE DE LA PAROLE - DYSPHONIE

Dysphonie = **trouble de la voix** = **trouble de la vibration des cordes vocales**

Physio

Larynx : = Armature cartilagineuse (anneau cricoïdien, bouclier thyroïdien) et ensemble de muscles assurant sa fermeture et son ouverture (dont les plus volumineux sont répartis dans les cordes vocales)

Cordes vocales

- Fonction : **phonation**, **respiration** (ouverture), **déglutition** (fermeture : empêche les fausses routes)

Nerf récurrent

= Branche collatérale du **nerf X** : innervation motrice des cordes vocales
- **Noyau** au niveau du bulbe rachidien, à proximité du noyau du IX et du XII
- **Trajet descendant** dans le cou, à proximité des gros vaisseaux, dont la carotide
- **Trajet ascendant** vers le larynx, après sa naissance sous la **crosse de l'aorte** à gauche et sous l'**artère sous-clavière** à droite, collé à la face profonde de la glande thyroïde

Vibration des cordes vocales

= Lors de la fermeture modérée des cordes vocales et de l'expiration, l'air s'échappe vers le haut et fait vibrer la muqueuse que recouvre le bord libre des cordes vocales
- **Fermeture des cordes vocales (adduction)** = phénomène actif : une anomalie (**paralysie**) entraîne une fuite d'air audible → **voix faible, soufflée**
- **Vibration de la muqueuse** = phénomène passif : une anomalie **(polype…)** entraîne une irrégularité de la voix → **voix éraillée, rauque**

Diagnostic

= Anomalie du son/du timbre de la voix, à l'écoute du patient
→ Toute dysphonie trainante depuis **8 à 15 jours** doit faire l'objet d'un examen des cordes vocales par nasofibroscopie

DD
- **Voix faible** = **hypophonie** : insuffisant respiratoire, grande altération de l'état général
- **Rhinolalie fermée** : obstruction nasale aiguë ou chronique
- **Rhinolalie ouverte** : fuite d'air au niveau du voile du palais (anomalie congénitale ou acquise)
- **Voix « pharyngée »** (« patate chaude ») : volumineuse tumeur basi-linguale ou oropharyngée
- **Dysarthrie** (trouble de l'articulation) ou **aphasie** (trouble du langage) : maladie neurologique (Parkinson, SLA…)

C
- Terrain : âge, profession à risque vocal (enseignant…), alcool, tabac, RGO
- Signes ORL associés : **dyspnée, dysphagie, fausses routes**
- **Examen des paires crâniennes**, notamment des nerfs mixtes : motricité de la langue (**XII**), du voile du palais (**X**), de la paroi pharyngée postérieure (**IX** et **X** : signe du rideau)
- Examen des **aires cervicales** et de **la glande thyroïde**

Examen des cordes vocales
= Au **miroir laryngé** (laryngoscopie indirecte) avec **miroir de Clar** ou à la **fibroscopie naso-pharyngo-laryngée** (laryngoscopie directe)
- Normales et mobiles → examen spécialisé en phoniatrie
- Normales avec un **trouble de la mobilité** (paralysie uni-/bilatérale) → atteinte du **nerf récurrent, de la corde vocale ou de l'aryténoïde**
- **Suspectes** ou avec une **lésion d'allure néoplasique** → **laryngoscopie en suspension** pour biopsie
- **Lésion manifestement bénigne** (nodules bilatéraux…) → surveillance

Etiologie

Cancer laryngé
→ A rechercher face à une dysphonie traînante, notamment chez l'homme > 50 ans, éthylo-tabagique
- **Dysphonie d'apparition insidieuse**, chez un patient avec une voix rauque ou grave depuis longtemps, qui s'aggrave progressivement
- Autres signes : **dyspnée inspiratoire, otalgie, ADP cervicale**
- **Fibroscopie nasopharyngée** : lésion suspecte = plaques blanchâtres, irrégulières, mal limitées, œdème des cordes vocales (**œdème de Reinke**), polype de la corde vocale pouvant masquer une lésion…
- **Laryngoscopie en suspension**, **sous AG** : **biopsie** de la lésion ± **exérèse** si possible (lésion superficielle)

Lésion d'allure bénigne
- **Nodule des cordes vocales** = petites lésions cornées situées sur les cordes vocales : survient généralement chez la femme jeune présentant un malmenage vocal chronique (enseignant…)
- **Granulome du 1/3 postérieur des cordes** = lésion arrondie, régulière, pédiculée au niveau de l'apophyse vocale des aryténoïdes : souvent dû à un **traumatisme d'intubation** ou un **RGO**
- **Papillomatose laryngée juvénile** = « verrues » d'aspect caractéristique : causée par **HPV**, à risque de récidive, ou très rarement de **dégénérescence** en cas d'HPV oncogène
→ **Laryngoscopie en suspension** pour **biopsie** au moindre doute (terrain alcoolo-tabagique…)

Immobilité unilatérale
= **Paralysie** ou **immobilité** (par **blocage mécanique** ou **tumoral** d'une ou des 2 articulations crico-aryténoïdiennes ou **cicatrice** unissant les 2 aryténoïdes) → La position est jugée au temps phonatoire
- **En position ouverte** = la corde reste en position inspiratoire alors que la corde mobile se met en position médiane (position phonatoire) **: voix très faible** et **soufflée**, **fausses routes** par inhalation
- **En position fermée** = la corde reste en position phonatoire pendant le temps inspiratoire alors que la corde mobile se met en position ouverte **:** SF discrets/absents, généralement sans gêne respiratoire

<table>
<tr><td rowspan="10">Etiologie</td><td rowspan="6">Immobilité unilatérale</td><td>CAT</td><td colspan="2">- Examen du nerf glosso-pharyngien (IX) : dysphagie, signe du rideau (déplacement du côté sain de la paroi postérieure du pharynx), hypoesthésie et abolition de la sensibilité gustative du 1/3 postérieure de la langue et du pharynx
- Examen du nerf X = paralysie vélo-pharyngée : régurgitation nasale, rhinolalie ouverte, signe du rideau (déplacement du voile du palais et de la luette du côté sain)
- Examen de la glande thyroïde et palpation des aires cervicales
→ TDM cervico-thoracique injectée ± échographie thyroïdienne en l'absence d'orientation
→ IRM cérébrale en cas de suspicion de lésion intracrânienne</td></tr>
<tr><td>Blocage articulaire</td><td colspan="2">- Blocage para-glottique : cancer laryngé ou du sinus piriforme (T3)
- Luxation aryténoïdienne = lésion post-traumatique après intubation : dysphonie au réveil après chirurgie ou intubation d'urgence</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Lésion de la voie motrice</td><td>Envahissement nerveux</td><td>- Cancer thyroïdien
- Cancer pulmonaire : cancer de l'apex ou ADP, surtout gauche
- Cancer œsophagien avancé</td></tr>
<tr><td>Lésion traumatique</td><td>= Section, compression ou étirement : chirurgie ou traumatisme
- De proximité du nerf vague : tronc cérébral, base du crâne, cervicale, carotidienne, du rachis
- De proximité du nerf récurrent : œsophage, pulmonaire, cardio-aortique, thyroïde, thymus</td></tr>
<tr><td>Cause neurologique</td><td>- Périphérique : syndrome de Guillain-Barré, neuropathie périphérique (diabète, inflammatoire, toxique…)
- Centrale : AVC du tronc, SEP, syringomyélie, encéphalite…</td></tr>
<tr><td>Cause cardiaque</td><td>= Par atteinte nerf récurrent gauche :
- Maladie mitrale
- Coarctation aortique
- Syndrome d'Ortner (dilatation de l'artère pulmonaire gauche)</td></tr>
<tr><td>Idiopathique</td><td>= 20% des cas : récupération dans 50% des cas, parfois après 6-8 mois</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Immobilité bilatérale</td><td colspan="3">- En position fermée : dyspnée au 1er plan, à type de bradypnée inspiratoire avec tirage et cornage (stridor chez l'enfant), avec voix quasi-normale
- En position ouverte : dysphonie importante (voix quasi-inaudible), fausses routes (surtout aux liquides)
→ TDM cervico-thoracique injecté à la recherche d'une lésion maligne</td></tr>
<tr><td>Blocage articulaire</td><td colspan="2">- Blocage de l'espace para-glottique : cancer laryngé ou du sinus piriforme
→ Nécessite un geste de sauvetage (trachéotomie, désobstruction endoscopique)
- Lésion traumatique après intubation prolongée, suite à un séjour en réanimation : ankylose des articulations cricoaryténoïdiennes, brides cicatricielles
- Lésion inflammatoire bilatérale de l'articulation cricoaryténoïdienne : polyarthrite rhumatoïde, post-radique…</td></tr>
<tr><td>Lésions de la voie motrice</td><td colspan="2">- Cancer de la base du crâne, de la région thyroïdienne ou basi-cervicale (zones où les 2 voies motrices sont proches l'une de l'autre)
- Lésion traumatique iatrogène lors d'une chirurgie de la base du crâne, de la thyroïde ou de l'œsophage cervical
- Cause neurologique : SLA, AVC du tronc, SEP, syringomyélie, syndrome de Guillain-Barré, encéphalite, méningite, neuropathie diabétique, inflammatoire ou toxique</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Cordes vocales normales et mobiles</td><td colspan="3">- Kyste intra-cordaux : décelable seulement par stroboscopie
- Troubles endocriniens : hypothyroïdie, hyperandrogénie
- Dysphonie par surmenage vocal (cause la plus fréquente) aiguë ou chronique
- Origine psychique : aphonie totale, de début brutal, dans un syndrome de conversion
- Dysphonie spasmodique : voix serrée, étranglée, avec hyperactivité des cordes vocales en phonation
- Dysphonie myasthénique : dysphonie intermittente</td></tr>
<tr><td>Dysphonie spasmodique</td><td colspan="2">= Dystonie laryngée : rare, touche plus fréquemment la femme, début > 40 ans
- Installation progressive (≠ aphonie psychogène) d'une dysphonie, aggravée par la fatigue, le stress ou les émotions, à larynx normal
- 2 formes : - Par atteinte des muscles adducteurs (80%) : voie hachée, arrêts vocaux
- Par atteinte des muscles abducteurs : voix faible, soufflée
- Electromyographie laryngée = examen clé : hyperactivité musculaire au repos
- TTT : injection intra-cordale de toxine botulique 2 ou 3 fois/an</td></tr>
</table>